



Universidad de la República
Uruguay



Banco Interamericano
de Desarrollo

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

Manejo del Síndrome Preeclampsia- Eclampsia

**Prevención y manejo.
Comunicación en situaciones
complejas.**

Prof. Agda. Verónica Fiol Lepera
Prof. Agda. Fernanda Nozar
Prof. Agda. Cecilia Durán

Facultad de Medicina.
Universidad de la República (UdelaR)



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



1. Importancia
2. Criterios Diagnósticos
3. Manejo Inicial: SEVERIDAD
4. La comunicación de la noticia
5. Conducta Obstétrica
6. Prevención



Universidad de la República
Uruguay

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

Riesgo durante la vida
de morir durante el
embarazo y el parto

1 en 3300

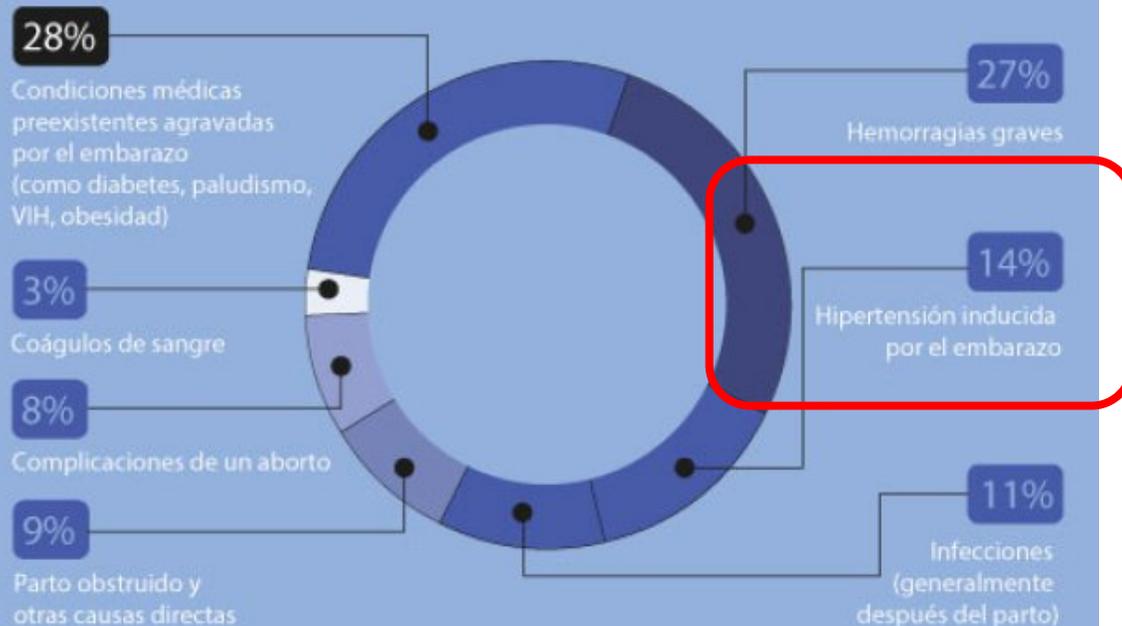
EUROPA

1 en 40

ÁFRICA



¿DE QUÉ MUEREN LAS EMBARAZADAS?



CAUSAS

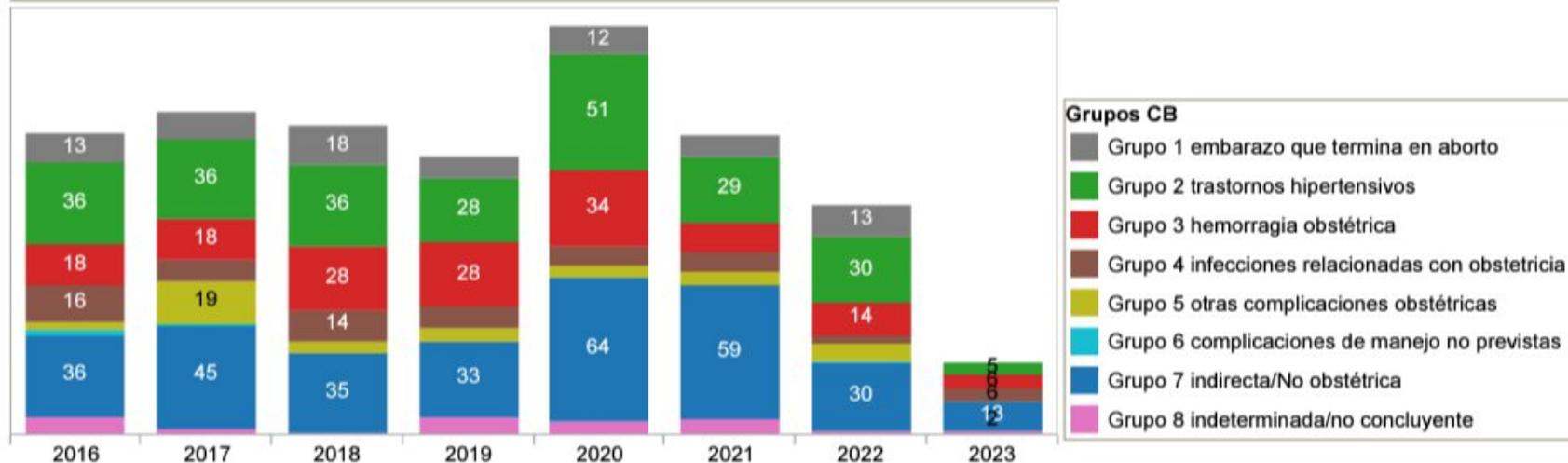
- **Principales complicaciones, causantes del 80% de las muertes maternas**

- ✓ Hemorragias graves (en su mayoría post parto)
- ✓ Infecciones (generalmente tras el parto)
- ✓ Hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia)
- ✓ Abortos de riesgo

ECUADOR



Gráfico N° 11 Comparación de causas básicas por grupos años 2016 al 2023*



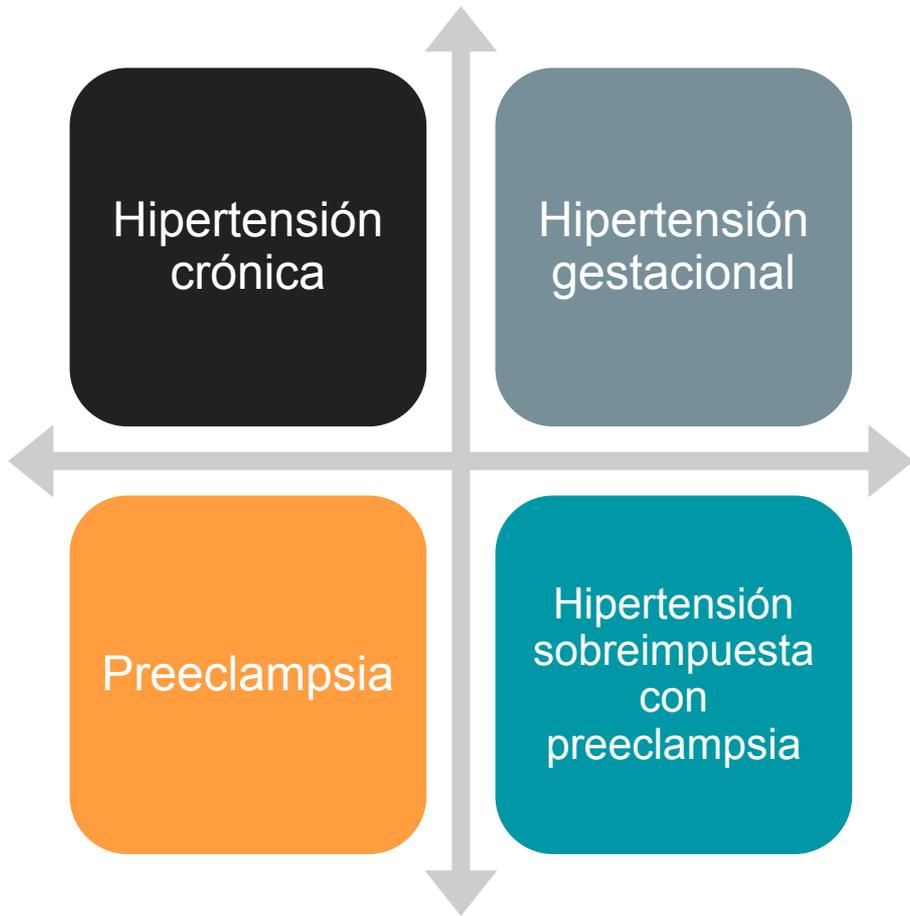
- Grupos CB**
- Grupo 1 embarazo que termina en aborto
 - Grupo 2 trastornos hipertensivos
 - Grupo 3 hemorragia obstétrica
 - Grupo 4 infecciones relacionadas con obstetricia
 - Grupo 5 otras complicaciones obstétricas
 - Grupo 6 complicaciones de manejo no previstas
 - Grupo 7 indirecta/No obstétrica
 - Grupo 8 indeterminada/no concluyente

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO



Universidad de la República
Uruguay

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO



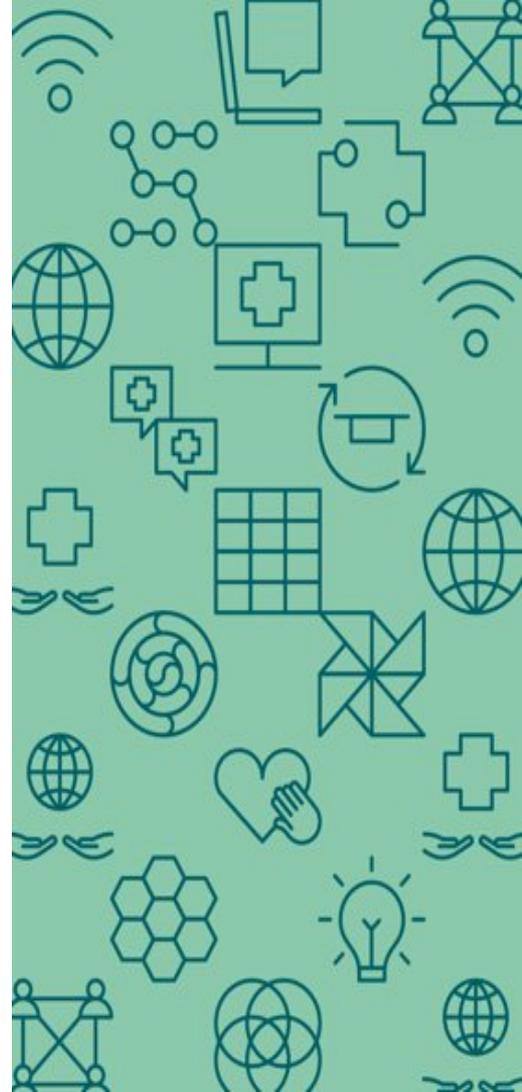
Report of National High Blood Pressure Education Program Working Group High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstetric Gynecology 2000; 183: 1-22. Bethesda M.



Universidad de la República
Uruguay

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO



HIPERTENSIÓN ARTERIAL LUEGO DE LA SEMANA 20

PROTEINURIA

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

LUEGO DE LA SEMANA 20

PROTEINURIA

Blood pressure	<ul style="list-style-type: none"> Greater than or equal to 140 mm Hg systolic or greater than or equal to 90 mm Hg diastolic on two occasions at least 4 hours apart after 20 weeks of gestation in a woman with a previously normal blood pressure Greater than or equal to 160 mm Hg systolic or greater than or equal to 110 mm Hg diastolic, hypertension can be confirmed within a short interval (minutes) to facilitate timely antihypertensive therapy
and	
Proteinuria	<ul style="list-style-type: none"> Greater than or equal to 300 mg per 24-hour urine collection (or this amount extrapolated from a timed collection) or Protein/creatinine ratio greater than or equal to 0.3* Dipstick reading of 1+ (used only if other quantitative methods not available)
Or in the absence of proteinuria, new-onset hypertension with the new onset of any of the following:	
Thrombocytopenia	<ul style="list-style-type: none"> Platelet count less than 100,000/microliter
Renal insufficiency	<ul style="list-style-type: none"> Serum creatinine concentrations greater than 1.1 mg/dL or a doubling of the serum creatinine concentration in the absence of other renal disease
Impaired liver function	<ul style="list-style-type: none"> Elevated blood concentrations of liver transaminases to twice normal concentration
Pulmonary edema	
Cerebral or visual symptoms	



Universidad de la República
Uruguay

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

Proteinuria

MÉTODOS DE EVALUACIÓN

- Tiras reactivas
- Proteinuria de 24 hrs.
- Cociente PROT u / CREA u

Tiras Reactivas



Lectura visual

Lectura automática

[Optimal bedside urinalysis for the detection of proteinuria in hypertensive pregnancy: a study of diagnostic accuracy.](#)

Waugh JJ, Bell SC, Kilby MD, Blackwell CN, Seed P, Shennan AH, Halligan AW.

BJOG. 2005 Apr;112(4):412-7.

PMID: 15777437

Table L.1 Test performance data for urinalysis in the economic model using a 1+ (0.3 g/litre) threshold for women with mild to moderate gestational hypertension; data from Waugh et al.⁸⁰

Test	Sensitivity	Specificity
Automated 1+ (0.3 g/litre)	82%	81%
Visual 1+ (0.3 g/litre)	55%	84%

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO



Universidad de la República
Uruguay

1+

Solicitar proteinuria 24 hrs.

P
u
n
t
o
d

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

Table K.1 Model test characteristics

Diagnostic technology	Dipstick urinalysis cut-off point				Source
	1+ (0.3 g/litre)		2+ (1 g/litre)		
	Sensitivity	Specificity	Sensitivity	Specificity	
Visual urinalysis	86%	39%	64%	85%	Brown et al. ²⁴⁹
Automated urinalysis	90%	86%	83%	98%	Saudan et al. ⁸³

Gold standard

Incluido en definición de SPE

Validación de los demás métodos

- ✓ Buena correlación entre Pr/ Cr y proteinuria 24 hs.
- ✓ Pr/Cr punto de corte arbitrario 30 mg/mMol.
- ✓ Método de screening

Ventajas:

- resultado en 2 hrs
- manejo ambulatorio
- comparable a 24 hrs.

Cote AM, Brown MA, Lam E et al. Diagnostic accuracy of urinary spot protein:creatinine ratio for proteinuria in hypertensive pregnant women: systematic review. BMJ: British Medical Journal 2008; 336:(7651)1003-6



Universidad de la República
Uruguay

E
C
O
M
E
N
D
A
C
I
O
N

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

- ✓ Usar Pr/Cr ó tiras de orina como métodos de screening en niveles secundarios
- ✓ Al usar tira reactiva, si el resultado es 1+ o mayor, se debe usar Pr/Cr u orina en 24 horas para cuantificar la proteinuria
- ✓ Proteinuria diagnóstica de SPE:

300 mg o más
en orina 24 horas

30 mg/mmol
En Pr_u/Cr_u

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

LUEGO DE LA SEMANA 20

PROTEINURIA

EN AUSENCIA DE PROTEINURIA:

Blood pressure	<ul style="list-style-type: none"> Greater than or equal to 140 mm Hg systolic or greater than or equal to 90 mm Hg diastolic on two occasions at least 4 hours apart after 20 weeks of gestation in a woman with a previously normal blood pressure Greater than or equal to 160 mm Hg systolic or greater than or equal to 110 mm Hg diastolic, hypertension can be confirmed within a short interval (minutes) to facilitate timely antihypertensive therapy
and	
Proteinuria	<ul style="list-style-type: none"> Greater than or equal to 300 mg per 24-hour urine collection (or this amount extrapolated from a timed collection) or Protein/creatinine ratio greater than or equal to 0.3* Dipstick reading of 1+ (used only if other quantitative methods not available)
Or in the absence of proteinuria, new-onset hypertension with the new onset of any of the following:	
Thrombocytopenia	<ul style="list-style-type: none"> Platelet count less than 100,000/microliter
Renal insufficiency	<ul style="list-style-type: none"> Serum creatinine concentrations greater than 1.1 mg/dL or a doubling of the serum creatinine concentration in the absence of other renal disease
Impaired liver function	<ul style="list-style-type: none"> Elevated blood concentrations of liver transaminases to twice normal concentration
Pulmonary edema	
Cerebral or visual symptoms	

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

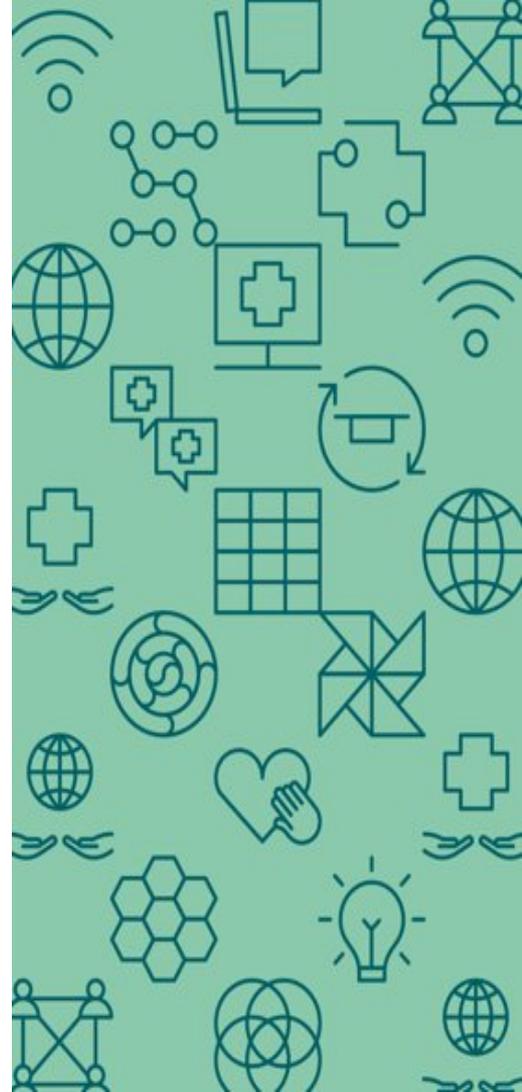


Universidad de la República
Uruguay

MANEJO INICIAL

Evaluación de la Severidad

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO





Universidad de la República
Uruguay

C
r
i
t
e
r
i
o
s
d

CAMBIAND
EL MUNDO
RÁPIDO

PREECLAMPSIA WITHOUT SEVERE FEATURES

- BP \geq 140/90 mm Hg after 20 weeks' gestation
- Proteinuria (\geq 300 mg/24 h, protein-creatinine ratio \geq 0.3, or 1+ on urine dipstick specimen)

SEVERE PREECLAMPSIA*

- BP \geq 160/110 mm Hg[†]
- Thrombocytopenia (platelet count $<$ 100,000/mm³)
- Serum creatinine concentration $>$ 1.1 mg/dL or $>$ 2 times the baseline serum creatinine concentration
- Pulmonary edema
- New-onset cerebral or visual disturbances
- Impaired liver function[‡]

RCIU/ Proteinuria $>$ 5g



Universidad de la República
Uruguay

CAMBIAR
EL MUNDO
RÁPIDO

Crit

BOX E-1. Severe Features of Preeclampsia (Any of these findings)

- Systolic blood pressure of 160 mm Hg or higher, or diastolic blood pressure of 110 mm Hg or higher on two occasions at least 4 hours apart while the patient is on bed rest (unless antihypertensive therapy is initiated before this time)

BOX E-1. Severe Features of Preeclampsia (Any of these findings)

- Systolic blood pressure of 160 mm Hg or higher, or diastolic blood pressure of 110 mm Hg or higher on two occasions at least 4 hours apart while the patient is on bed rest (unless antihypertensive therapy is initiated before this time)
- Thrombocytopenia (platelet count less than 100,000/microliter)
- Impaired liver function as indicated by abnormally elevated blood concentrations of liver enzymes (to twice normal concentration), severe persistent right upper quadrant or epigastric pain unresponsive to medication and not accounted for by alternative diagnoses, or both
- Progressive renal insufficiency (serum creatinine concentration greater than 1.1 mg/dL or a doubling of the serum creatinine concentration in the absence of other renal disease)
- Pulmonary edema
- New-onset cerebral or visual disturbances

- ✓ No hay evidencia que relacione el VALOR de proteinuria con resultados adversos materno-perinatales.
- ✓ Luego de realizado el diagnostico NO hay beneficio de repetir proteinuria.

Thangaratnam S, Coomarasamy A, O'Mahony F et al. Estimation of proteinuria as a predictor of complications of pre-eclampsia: a systematic review. BMC Medicine 2009; 7:10.



Universidad de la República
Uruguay

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

M

A

VVP

Reposición

Sonda vesical

Solicitamos paraclínica, SI ES POSIBLE

Iniciar tratamiento antihipertensivo

Iniciar Sulfato de Magnesio

Indicar Corticoides prenatales

Traslado

C

Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la Mujer Reproductiva.
CLAP/SMR



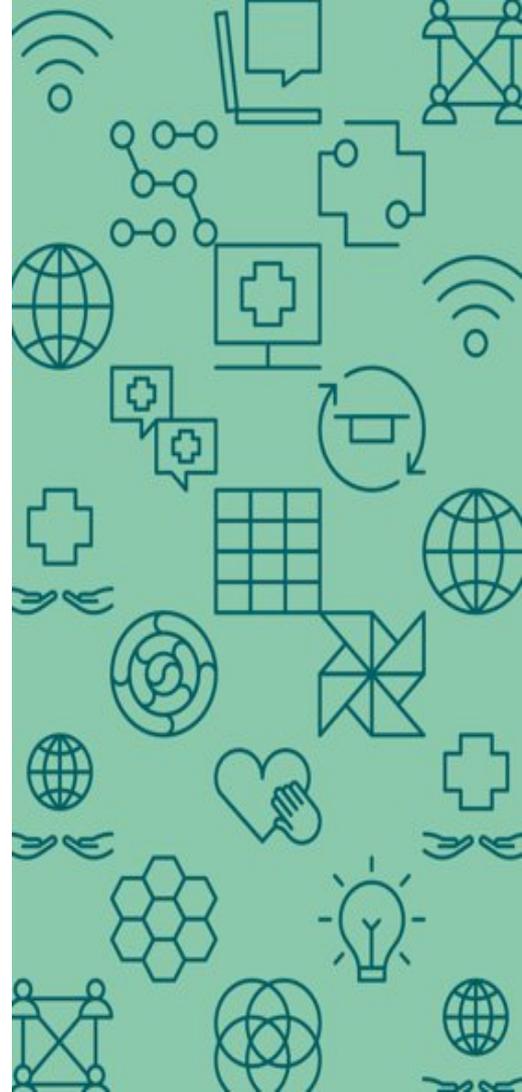
Universidad de la República
Uruguay

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

Tratamiento Médico

ANTIHIPERTENSIVO

PREVENCIÓN DE CONVULSIONES





Universidad de la República
Uruguay

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

T
r
a
t
a
m
i
e
n
t
o



Inicio PAS \geq 160
y/o
PAD \geq 110 mmHg

P

r

e

e

c

l

a

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

m

p

s

Pacientes con Preeclampsia y cifras de PA de severidad
(160/110mmHg) iniciar tratamiento antihipertensivo

Quality of evidence: Moderate Strength of recommendation: Strong



Universidad de la República
Uruguay

r
a
t
a
m
i
e
n

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

**Diagnosis, Evaluation, and Management
of the Hypertensive Disorders of Pregnancy:
Executive Summary**

Table 7. The most commonly used agents for treatment of blood pressure $\geq 160/110$ mmHg

Agent	Dosage	Onset	Peak	Duration	Comments
Labetalol	Start with 20 mg IV; repeat 20 to 80 mg IV q 30 min, or 1 to 2 mg/min, max 300 mg (then switch to oral)	5 min	30 min	4 hr	Best avoided in women with asthma or heart failure. Neonatology should be informed if the woman is in labour, as parenteral labetalol may cause neonatal bradycardia.
Nifedipine	5 to 10 mg capsule to be swallowed, or bitten then swallowed, every 30 min	5 to 10 min	30 min	~6 hr	Staff should be aware of the distinction between short-acting nifedipine capsules used to treat severe hypertension and both the intermediate-acting PA tablet (which can be used for treatment of non-severe or severe hypertension), and the slow-release tablets (XL) that are used for non-severe hypertension.
Hydralazine	Start with 5 mg IV; repeat 5 to 10 mg IV every 30 min, or 0.5 to 10 mg/hr IV, to a maximum of 20 mg IV (or 30 mg IM)	5 min	30 min		May increase the risk of maternal hypotension.

IV: intravenous; IM: intramuscular; PA: prolonged action; XL: slow release

Algunas revisiones la proponen como primera droga de elección.

Bloqueante adrenérgico mixto. La relación beta- alfa es de 7- 1.

DOSIS INICIAL: 20 mg en bolo i/v. Puede repetirse cada 10-30 minutos en bolos consecutivos de 40 mg, 80 mg, hasta alcanzar el efecto deseado.

- Se puede dejar una infusión de 1-2 mg/ min.
- La dosis máxima es de 300 mg.
- A dosis de 1 mg/kg puede atenua la respuesta hipertensiva a la laringoscopia.

Cuando se compara con la hidralazina es igual o más efectivo.

Cruza la placenta y la relación madre- feto es 1- 1, por lo que si bien no es frecuente puede causar bradicardia fetal. La hipoglucemia y la hipotensión fetal son muy raras.



Universidad de la República
Uruguay

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

A

n

t

✓ i Hidralazina

✓ h Nifedipina

✓ j Alfametildopa

✓ Nitroglicerina

✓ p Nitropusiato de sodio

e

r

No recomendados/contraindicados

- ✘ Atenolol esmolol
- ✘ IECA ARA II
- ✘ Diuréticos

Prevención de las convulsiones



SULFATO DE MAGNESIO

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

Preeclampsia: fluids, drugs and anesthetic management. Anesthesiology Clinics of North America 2003; 21:145-163.

Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. Journal of Obstetrics and Gynecology Canada 2008; 30 (3 Suppl):1-48.

The management of severe preeclampsia/ eclampsia. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2006; Guideline n° 10(A):1-11.

Sulfato de magnesio y otros anticonvulsivos en mujeres con preeclampsia. Cochrane review. In: la biblioteca Cochrane Plus. issue 3. 2008. Dulev L. Gulmezoglu A M. Henderson- Smart D .



Universidad de la República
Uruguay

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

P

r

C

4 g i/v en 5-10 minutos

f

i

Seguido de una infusión de 1 g/h

l

• 0

a

2 g i/m en cada glúteo

X

i

El mantenimiento es por 24-48 horas en total o hasta 24 horas después del parto.

s

:

o

Cesárea: se mantiene durante la misma



Universidad de la República
Uruguay

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

El diazepam y la difhenilhidantoína no deben utilizarse en el tratamiento de inicio de la eclampsia

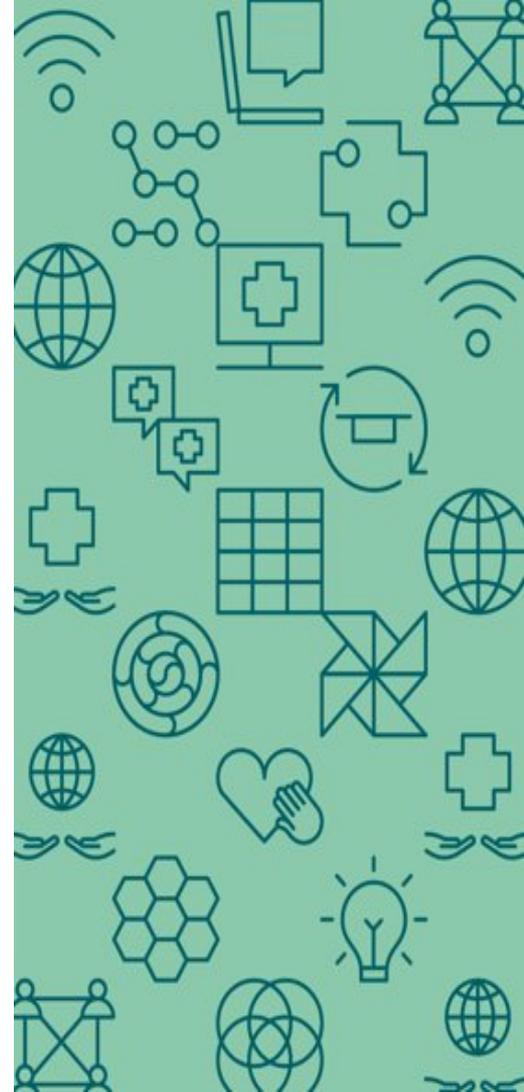
En caso de evolucionar a un estado de mal convulsivo se tratara con drogas convencionales y se descartaran otras causas de estado de mal convulsivo.



Universidad de la República
Uruguay

Corticoides

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO





Universidad de la República
Uruguay

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

2
4



Dexametasona 6 mg im
cada 12 hs por 2 días

Betametasona 12 mg
im/día por 2 días

m
a

TRASLADO



A un centro de alta complejidad en ambulancia especializada con médico y enfermero

Coordinación previa con el centro para mantener continuidad en la asistencia

Toma de PA cada 5 a 10 minutos

Realizando nueva dosis de antihipertensivos si PA mayor o igual 160 y/o 110 mmHg

Bolo de sulfato de magnesio 2 g al 20 % en 100 cc SF ante nuevo episodio convulsivo.



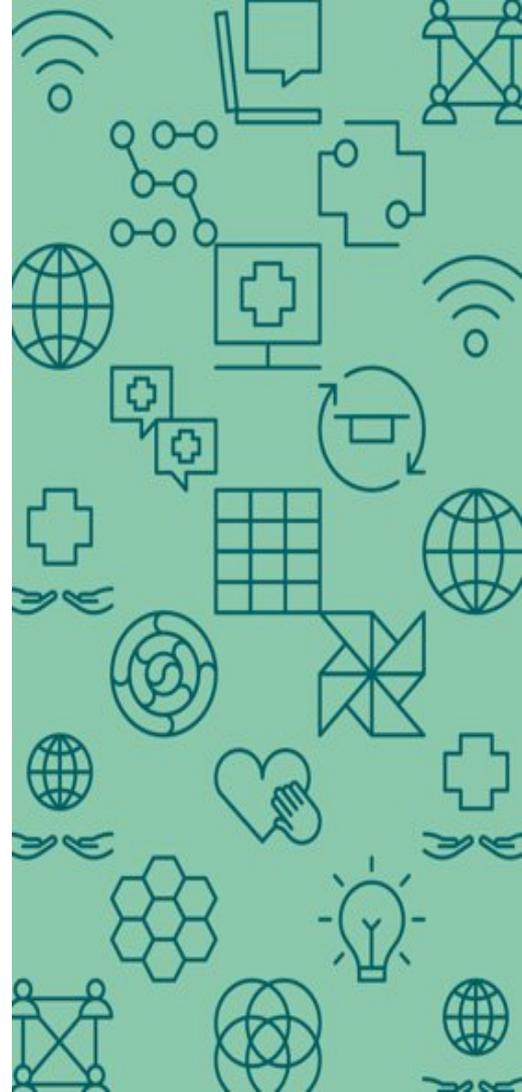
Universidad de la República
Uruguay

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

CONDUCTA OBSTÉTRICA

*"HAY QUE INTERRUMPIR EL
EMBARAZO EN FORMA
PREMATURA"*

*"HAY RIESGO PARA LA SALUD DE
LA MADRE Y EL FETO"*





Universidad de la República
Uruguay

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

Las Malas Noticias en Obstetricia

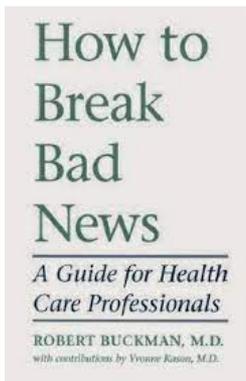
¿Qué es una mala noticia?





Universidad de la República
Uruguay

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO



Cualquier información capaz de alterar drásticamente la visión de un paciente sobre su futuro.

Buckman (2000)



Cualquier información que puede producir sentimientos de desamparo, representar una amenaza para la salud mental o física de una persona o puede afectar en forma negativa su visión u opciones de su propio futuro.

Williams-Reade J et al. 2018

Es un conflicto entre las expectativas que tenía el paciente antes de recibirla y las expectativas que ésta le proporciona.

Rodríguez J. 2016

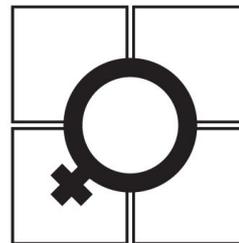


Universidad de la República
Uruguay

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

- La respuesta de los pacientes frente a un MN depende del contexto psicosocial en el que viven.
- Multifactorial





En la mayoría de las situaciones en que existe un problema médico, quirúrgico u obstétrico que complica la gestación hay mayor riesgo de que se *desestabilice el equilibrio emocional de la paciente*

A menudo, las gestantes solicitarán información sobre el momento de finalizar la gestación:

- Evitar metas a largo plazo
- Mientras haya estabilidad en la salud materno-fetal se alcanzará la mayor edad gestacional posible

EN OBSTETRICIA

¿Por qué es difícil dar malas noticias?

- No saber la mejor manera de hacerlo.
- Temor a la reacción emocional de la paciente.
- Incertidumbre en cuanto a lo que pueda suceder después y no tener respuesta a algunas preguntas.
- Percepción de que no tienen formación (la enseñanza de la medicina condiciona que se valore más la competencia técnica que las habilidades de comunicación)

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA ENTREGA DE MALAS NOTICIAS EN MEDICINA E INTERVENCIONES PARA MEJORAR ESTA HABILIDAD

Florencia Brito^a
Valentina Darlic^{a*}

^aEstudiante de Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo.

Artículo recibido el 04 de septiembre, 2020. Aceptado en versión corregida el 11 de diciembre, 2020.



CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

Un estudio observacional, descriptivo reveló que las principales preocupaciones de los médicos/as se basan en el temor de ser culpados (66,9%) y el miedo a las reacciones de los pacientes (58,6%).

Belo Horizonte-BRASIL - 2013 (N: 121 Médicos/as)

El 50% de los/las profesionales no indagaba respecto a los conocimientos previos del paciente. Más del 50% de los médicos/as no otorgó un espacio para que el paciente decidiera si quería conocer más de su enfermedad

El 84,3% de los médicos utilizó un lenguaje simple y claro para informar a sus pacientes.

Un tercio de los profesionales mostró empatía con los sentimientos del paciente y estableció una relación de confianza



Universidad de la República
Uruguay

Algunas pautas para iniciar una conversación difícil.....

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO



Universidad de la República
Uruguay

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

A photograph showing a doctor in a white lab coat and blue surgical mask examining a pregnant woman in a pink dress. The doctor is holding a blue folder and looking at the woman's abdomen. The woman is also wearing a blue surgical mask. They are in a clinical setting with a white desk and a blue wall in the background.

Cambio de paradigma

**Modelo de atención centrada en
la persona**



Universidad de la República
Uruguay

EVITAR



CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO



Conservando una postura cálida y humana

Manera directa

Clara Sin rodeos

Ni Eufemismos

Díaz Martínez, L et al.2020

La formación médica en comunicación de malas noticias: Una revisión narrativa.

The medical training in breaking bad news: A narrative review.

Luis Alfonso Díaz-Martínez^{1*}, Mitzy Helein Cuesta Armesto², María José Díaz Rojas³

Frases introductorias

“Lamento informarle...”

“Me gustaría darle otra noticia...”,

“Desafortunadamente...”.

Estas frases prepararán al receptor para recibir una mala noticia

Habilidades Básicas

- Abrir y cerrar la entrevista.
- Organizar que se le va a decir a la paciente(Plan)
- Responder a las emociones y otras habilidades de la relación.

La mala noticia *per se* va a generar un gran impacto



Es preciso considerar que la experiencia comunicativa va a influir en la reacción de la paciente y en muchos casos en las vías de afrontamiento que pone en marcha para superar la situación.

LO QUE MÁS LE IMPORTA AL PACIENTE CUANDO RECIBE MALAS NOTICIAS

- Honestidad
- Atento y humano
- Disposición para que le pueda hacer preguntas
- Que no muestre urgencias o apuros
- Que brinde la información en forma concreta, clara y que se pueda entender
- Que sea claro en el plan terapéutico



Universidad de la República
Uruguay

Modelos



CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO



Universidad de la República
Uruguay

MODELOS
PARA
COMUNICAR

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

EPICEE (SPIKES)	ABCDCE	GUIDE	BREAKS	Conversación guiada de una enfermedad seria
E. Entorno de la entrevista – gestionar la privacidad, sentarse, manejar las interrupciones.	A: Advance , avanzar en la preparación – agendar una hora, solicitar que esté presente una persona de apoyo, preguntar qué sabe el paciente.	G: Get ready , aprontarse – juntar información, establecer un lugar privado y tranquilo. Averiguar quién es necesario que esté	B: Background -conocer el entorno del paciente /familia y el problema clínico.	1.Establecer una conversación. <ul style="list-style-type: none"> Introducir el propósito. Preparar para decisiones futuras. Pedir permiso.
P: Percepción del paciente – hacer preguntas abiertas acerca de cómo percibe el paciente su situación médica.	B: Build , construir un entorno y una relación terapéutica – gestionar un lugar tranquilo y privado	U: Understand , preguntar qué sabe ya el paciente, y escuchar.	R: Rapport -construir rapport, ofrecer suficiente tiempo y espacio.	2.Evaluar la comprensión y las preferencias.
I: Invitación al paciente – cómo querría que se le dijera la información.	C : Communication - comunicar bien – ser directo, evitar jerga médica, permitir el silencio.	I: Inform . Dar la noticia en una única oración, y escuchar.	E:Explore -comenzar con lo que sabe el paciente. Involucrar otro familiar o figura de apoyo según las preferencias del paciente.	3.Compartir el pronóstico. <ul style="list-style-type: none"> Compartir el pronóstico. Plantearlo en una afirmación : "desearía...me preocupa" Permitir el silencio, explorar la emoción.
C: conocimiento –brindar información al paciente – usar lenguaje no técnico y brindar información gradualmente.	D: Deal - tratar las reacciones del paciente y su familia – evaluar sus reacciones, escuchar activamente, explorar sentimientos, expresar empatía.	D: Deepen -profundizar, observar y responder a las emociones reconociéndolas,permitir el silencio si el paciente se repliega.	A: Announce - dar una señal de advertencia, luego dar la noticia usando lenguaje claro.	4.Explorar temas clave. <ul style="list-style-type: none"> Metas. Miedos y preocupaciones. Recursos de fortaleza. Capacidades críticas. Compensaciones. Familia.
E: Empatía -empatizar con las emociones del paciente – observar e identificar a la emoción y a su origen, permita que el paciente sepa que ud hizo esa conexión.	E: Encourage , alentar y validar las emociones – corregir distorsiones, evaluar el efecto de las noticias, abordar otras necesidades, agendar seguimiento.	E: Equip , proyectar los próximos pasos. Describir las opciones de tratamiento si es posible.	K: Kindling - abodar las emociones a medida que surgen.	5.Cerrar la conversación. <ul style="list-style-type: none"> Resumir. Realizar una recomendación. Chequear con el paciente. Reafirmar el compromiso.
E: Estrategia y resumen – definir el plan a seguir y resumir la entrevista.			S. Summarize - resumir la entrevista y establecer un tratamiento /plan de cuidado.	6.Documente la conversación.
				7.Comunicarse con los clínicos clave.

Discussing serious news

Authors: Stephanie M Harman, MD, Robert M Arnold, MD
Section Editor: Susan D Block, MD
Deputy Editor: Jane Givens, MD

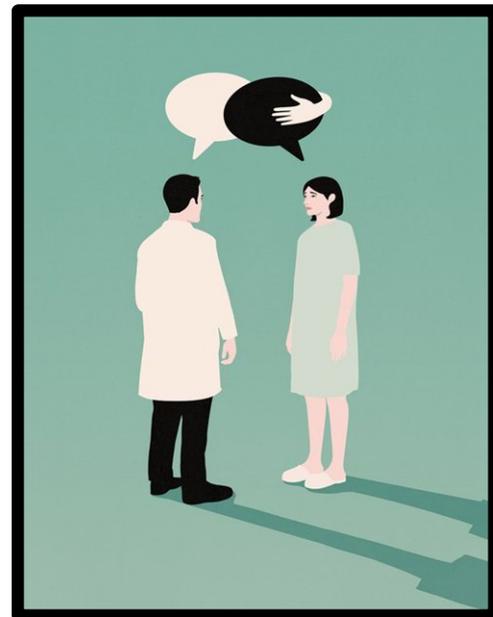
All topics are updated as new evidence becomes available and our peer review process is complete.
Literature review current through: Feb 2020. | This topic last updated: Jul 30, 2019.



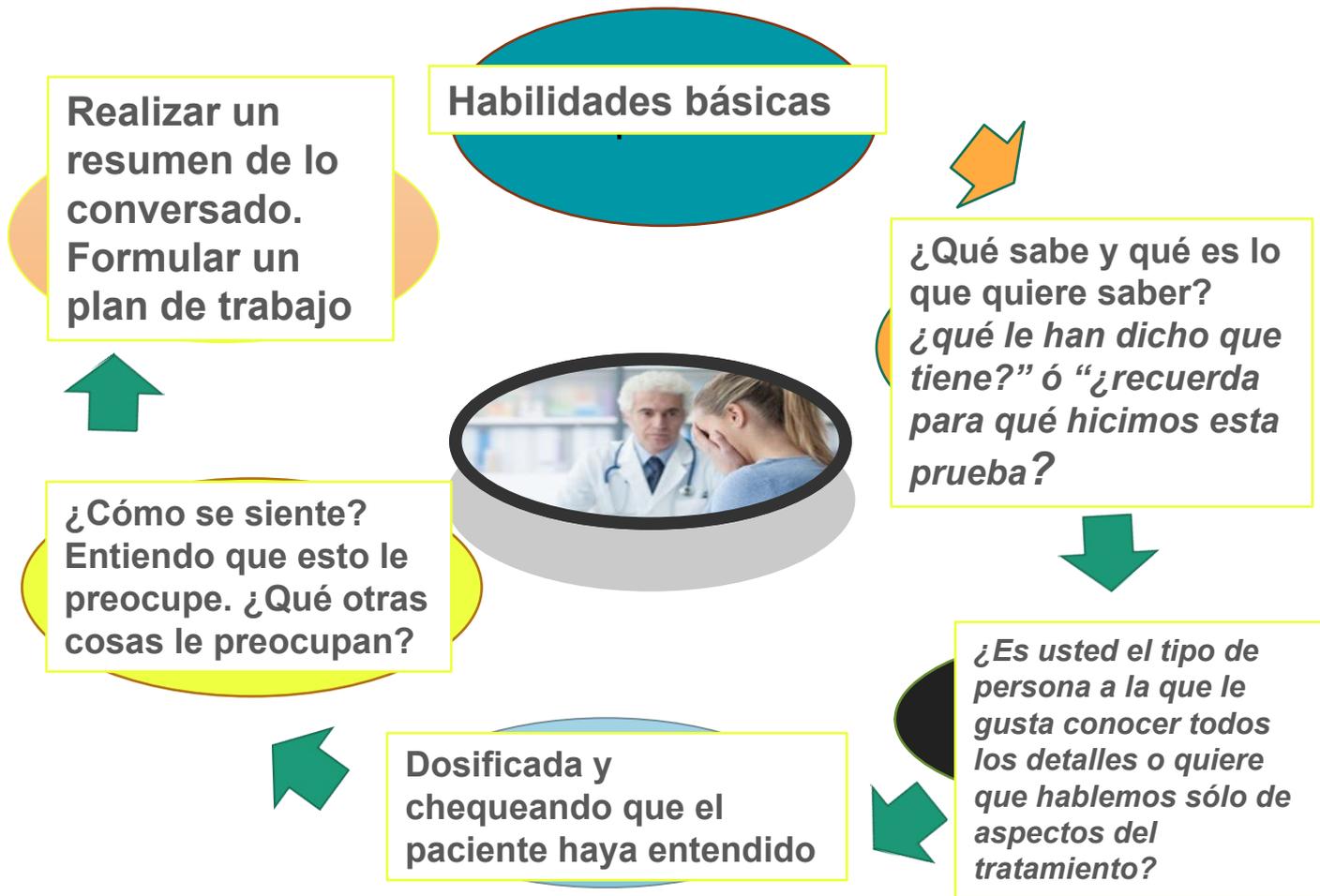
Universidad de la República
Uruguay

Modelo (SPIKE)

- **E**ncuentro
- **P**ercepción
- **I**nvitación
- **C**omunicación
- **E**mpatía
- **E**stratgia



CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO





Universidad de la República
Uruguay

¿Qué hacer si la paciente se niega?

¿Qué hacer si la paciente no cree lo que se le está informando?

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

Complicaciones en el contexto comunicacional



Cuando se comunica una mala noticia:

- Tener en cuenta estos aspectos contribuye a reducir el impacto emocional en el equipo asistencial
- Evaluar la salud emocional de la paciente
- Como consecuencia evitar dar comunicaciones drásticas (aumentan la resistencia de la paciente).
- Evitar juicios de valor o prejuicios

- Comprender la resistencia
- Buscar las causas, validar su ambivalencia
- Encontrar soluciones en conjunto
- Hacer uso de la empatía desde el “Modelo de dos personas” (Compartir la vivencia, manteniendo el rol , toma relevancia el vínculo)
- Predisposición psíquica del equipo asistencial



Universidad de la República
Uruguay

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

Preferencias de los Pacientes

“En las culturas occidentales el 95 % de los pacientes prefieren ser informados de su diagnóstico”

Existen variaciones:

“Pacientes recién diagnosticados quieren saber:

✓ *Sus posibilidades de curación y la efectividad de los tratamientos (la mayoría).*

✓ *Pronóstico específico (menor porcentaje).*

Discussing serious news

Authors: Stephanie M Harman, MD, Robert M Arnold, MD

Section Editor: Susan D Block, MD

Deputy Editor: Jane Givens, MD

All topics are updated as new evidence becomes available and our [peer review process](#) is complete.

Literature review current through: Feb 2020. | This topic last updated: Jul 30, 2019.

Preferencias de los Médicos

- Cambios en las actitudes de los clínicos:

Modelo paternalista del Siglo XX
de decisiones compartido.



Modelo de la toma
de decisiones compartido.

- “El modelo de toma de decisiones compartido promueve un intercambio bidireccional de información para que los pacientes y los médicos pueden deliberar en colaboración sobre el mejor camino a seguir”



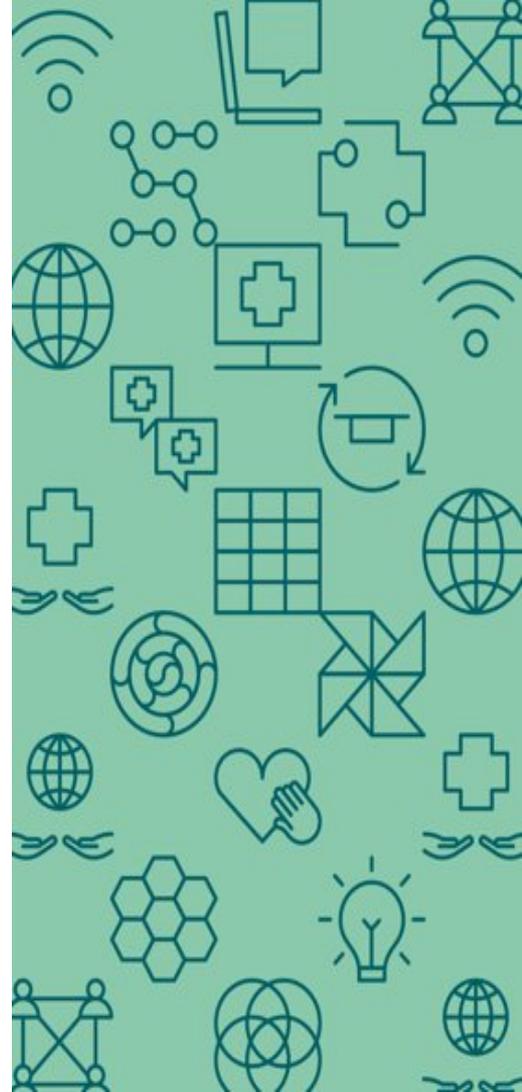
Universidad de la República
Uruguay

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

CONDUCTA OBSTÉTRICA

**Tomar
en
cuenta**

- Severidad de la preeclampsia
- Edad gestacional



- ✓ Paciente con Preeclampsia leve a las 37 semanas, se sugiere la interrupción vs conducta expectante

✓ *Quality of evidence: Moderate* *Strength of recommendation: qualified*

- ✓ Interrupción de la gravidez, reduce el riesgo de malos resultados maternos (HTA severa)
- ✓ No se evidenció diferencias significativas en los resultados neonatales.

Koopmans CM, Bijlenga D, Groen H et al. Induction of labour versus expectant monitoring for gestational hypertension or mild pre-eclampsia after 36 weeks' gestation (**HYPITAT**): a multicentre, open-label randomised controlled trial. *The Lancet* 2009;374:(9694)979-88.



Universidad de la República
Uruguay

P

r

e

e

c

l

a

m

p

s

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

- ✓ Pacientes con ***Preeclampsia severa antes de la viabilidad fetal***, se sugiere la interrupción previa estabilización materna.

Quality of evidence: High Strength of recommendation: Strong

P

r

e

e

c

l

a

m

p

s



- ✓ Paciente con Preeclampsia severa menores a 34 semanas, con madre y feto estables, *se puede continuar con el embarazo siempre y cuando contemos con un cuidado intensivo tanto materno como neonatal.*

Quality of evidence: Moderate Strength of recommendation: Strong

- 4 estudios 425 pacientes
- 28-34 semanas SPE severa (sin complicaciones)
- Interrupción VS conducta expectante

NEONATAL: Interrupción precoz

Mayor ingreso y mayor tiempo de estadía en CTI.

Mayor incidencia de Distress Respiratorio y Enterocolitis Necrotizante.

Menor incidencia de PEG.

No muertes perinatales.

MATERNO: Conducta expectante

No se evidenció diferencia estadísticamente significativa con respecto a la incidencia de DPPNI y Sd. HELLP

Ninguna Eclampsia.

Ninguna muerte materna.

CONCLUSIONES

- ✓ Conducta expectante: disminución en la morbilidad para el recién nacido.
- ✓ Se necesitan ensayos grandes adicionales para confirmar o refutar estos resultados y establecer si este enfoque es seguro para la madre.

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

Tratamiento intervencionista versus expectante para la preeclampsia grave entre las semanas 24 y 34 de embarazo (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 7. Art. No.: CD003106. DOI: 10.1002/14651858.CD003106

Paciente con Preeclampsia *severa a las 34 semanas o con elementos de inestabilidad materna o fetal independientemente de la edad gestacional*, se sugiere interrupción una vez estabilizada la madre

Quality of evidence: Moderate Strength of
recommendation: Strong

P

r

e

e

c

l

a

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

m

p

s

Retrasar el nacimiento por 48 horas para la administración de corticoides en pacientes con Preeclampsia severa menor de 34 semanas siempre y cuando la madre y el feto estén estables y presenten alguna de las siguientes condiciones:

- Plaquetas Menores a 100.000
- Persistencia de enzimas hepáticas alteradas (doble o más del límite superior)
- RCIU
- Oligoamnios severo
- Inversión de flujo en diástole arteria umbilical
- Nueva falla renal o aumento de la disfunción

Quality of evidence: Moderate

Strength of recommendation:
Qualified

No retrasar el nacimiento en una paciente con Preeclampsia severa menor a 34 semanas que presente alguno de estos elementos:

- Hipertensión severa incontrolable
- Eclampsia
- Edema agudo de pulmón
- DPPNI
- CID
- Afectación grave de la salud fetal
- Muerte fetal



Preeclampsia severa

Pacientes con HELLP y embarazos menores a 34 semanas, de ser posible retrasar el nacimiento 48 horas para la administración de corticoides.



Universidad de la República
Uruguay

P

r

e

e

c

i

a

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

p

s

La vía de finalización dependerá de la edad gestacional, presentación fetal, score de Bishop, salud materna y fetal.

No tiene por qué ser necesariamente una cesárea.

Se beneficia de un parto vaginal.

Quality of evidence: Moderate

Strength of recommendation: Qualified

Eclampsia



Interrupción dentro de las primeras 48 horas postconvulsión tras la estabilización de la paciente.

La presencia de patrones patológicos de la FCF durante la crisis convulsiva no es indicación de cesárea urgente ya que habitualmente se recuperan a los 3-15 minutos.

Sin embargo, si estos cambios persisten tras la estabilización de la paciente, hay que sospechar la presencia de un DPPNI o hipoxia fetal intraparto.

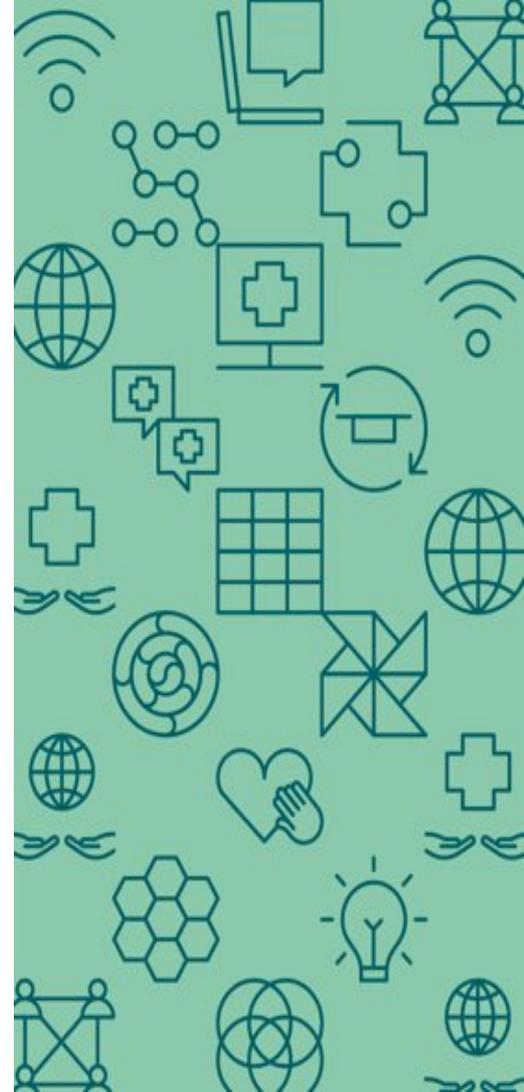
La Eclampsia no es por si sola una indicación de cesárea.



Universidad de la República
Uruguay

PREVENCIÓN

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO





Universidad de la República
Uruguay

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

© World Health Organization 2011

WHO recommendations for
**Prevention and treatment of
pre-eclampsia and eclampsia**

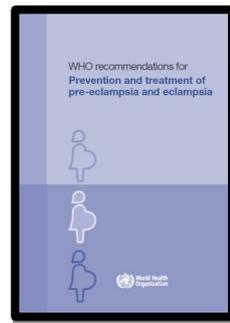


Box 1: Interventions that are recommended for prevention or treatment of pre-eclampsia and eclampsia

Recommendation	Quality of evidence	Strength of recommendation
In areas where dietary calcium intake is low, calcium supplementation during pregnancy (at doses of 1.5–2.0 g elemental calcium/day) is recommended for the prevention of pre-eclampsia in all women, but especially those at high risk of developing pre-eclampsia.	Moderate	Strong
Low-dose acetylsalicylic acid (aspirin, 75 mg) is recommended for the prevention of pre-eclampsia in women at high risk of developing the condition.	Moderate	Strong
Low-dose acetylsalicylic acid (aspirin, 75 mg) for the prevention of pre-eclampsia and its related complications should be initiated before 20 weeks of pregnancy.	Low	Weak

	Moderate	Strong
eclampsia in preference to other anticonvulsants.		
The full intravenous or intramuscular magnesium sulfate regimens are recommended for the prevention and treatment of eclampsia.	Moderate	Strong
For settings where it is not possible to administer the full magnesium sulfate regimen, the use of magnesium sulfate loading dose followed by immediate transfer to a higher level health-care facility is recommended for women with severe pre-eclampsia and eclampsia.	Vary low	Weak
Induction of labour is recommended for women with severe pre-eclampsia at a gestational age when the fetus is not viable or unlikely to achieve viability within one or two weeks.	Vary low	Strong
In women with severe pre-eclampsia, a viable fetus and before 34 weeks of gestation, a policy of expectant management is recommended, provided that uncontrolled maternal hypertension, increasing maternal organ dysfunction or fetal distress are absent and can be monitored.	Vary low	Weak
In women with severe pre-eclampsia, a viable fetus and between 34 and 36 (plus 6 days) weeks of gestation, a policy of expectant management may be recommended, provided that uncontrolled maternal hypertension, increasing maternal organ dysfunction or fetal distress are absent and can be monitored.	Vary low	Weak
In women with severe pre-eclampsia at term, early delivery is recommended.	Low	Strong
In women with mild pre-eclampsia or mild gestational hypertension at term, induction of labour is recommended.	Moderate	Weak
In women treated with antihypertensive drugs antenatally, continued antihypertensive treatment postpartum is recommended.	Vary low	Strong
Treatment with antihypertensive drugs is recommended for severe postpartum hypertension.	Vary low	Strong

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO



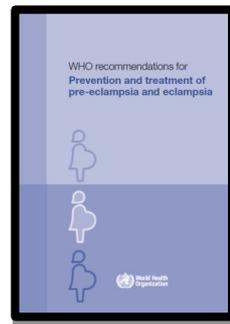


Universidad de la República
Uruguay

Remarks

- a. Women are regarded as being at high risk of developing pre-eclampsia if they have one or more of the following risk factors: previous pre-eclampsia; diabetes; chronic hypertension; renal disease; autoimmune disease; and multiple pregnancies. This is not an exhaustive list, but can be adapted/complemented based on the local epidemiology of pre-eclampsia.

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO





Aconseje a las mujeres embarazadas con alto riesgo de preeclampsia que tomen 75 mg a 150 mg de **aspirina** diariamente desde las 12 semanas hasta el nacimiento del bebé.

Hypertension in pregnancy: diagnosis and management

NICE guideline

Published: 25 June 2019

Last updated: 17 April 2023

www.nice.org.uk/guidance/ng133

- Las mujeres en **alto riesgo** son aquellas con cualquiera de los siguientes:
- ✓ enfermedad hipertensiva durante un embarazo anterior
 - ✓ enfermedad renal crónica
 - ✓ enfermedad autoinmune como lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolípido
 - ✓ diabetes tipo 1 o tipo 2
 - ✓ hipertensión crónica.

Aconseje a las mujeres embarazadas con riesgo MODERADO de preeclampsia que tomen 75 mg a 150 mg de aspirina diariamente desde las 12 semanas hasta el nacimiento del bebé.

Hypertension in pregnancy: diagnosis and management

NICE guideline

Published: 25 June 2019

Last updated: 17 April 2023

www.nice.org.uk/guidance/ng133

Las mujeres en **RIESGO MODERADO** son aquellas con MÁS DE 1 de los siguientes:

- ✓ Nuliparidad
- ✓ edad 40 años o más
- ✓ intervalo de embarazo de más de 10 años
- ✓ índice de masa corporal (IMC) de 35 kg/m² o más en la primera visita
- ✓ antecedentes familiares de preeclampsia
- ✓ embarazo múltiple

EL MUNDO,
RÁPIDO

ASPIRINA



Reducción de Preeclampsia y restricción del crecimiento fetal en hasta un 50% con **inicio antes de las 16 semanas de gestación**

Esta reducción es dosis relacionada y es mayor para la aparición de preeclampsia precoz

El inicio luego de las 20 semanas no sólo produce ningún beneficio sino que también se asocia con un aumento potencial de complicaciones, tales como desprendimiento de la placenta

El inicio antes de las 12 sem temprano se asoció con defectos de la pared abdominal del feto



Universidad de la República
Uruguay

CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO

Score MAMA claves obstétricas

SCORE

Parámetro	Puntaje			
	3	2	1	0
FC(****)	≤ 50			
Sistólica	≤ 70			
Diastólica	≤ 50			
FR(****)	≤ 11			
T (°C) (*)	—			
Sat O ₂	≤ 85			
Estado de Conciencia				
Proteinuria (****)	—			

Considerar que en la labo

Trastornos hipertensivos del embarazo.

Guía de Práctica Clínica (GPC)

ACTUALIZACIÓN 2015

RECOMENDACIONES PARA PREVENCIÓN DE PREECLAMPSIA

FACTORES DE RIESGO DE PREECLAMPSIA

MODERADO

- Primer embarazo.
- Edad mayor o igual a 40 años.
- Intervalo intergenésico mayor a 10 años.
- IMC mayor o igual a 35 Kg/m² en la primera consulta.
- Embarazo múltiple.
- Antecedente familiar de preeclampsia³⁵.
- Infección de vías urinarias³⁰.
- Infección periodontal³⁰.

ALTO

- Trastorno hipertensivo en el embarazo anterior.
- Enfermedad renal crónica.
- Enfermedad autoinmune:
 - Lupus eritematoso sistémico.
 - Síndrome antifosfolípido.
 - Diabetes tipo 1 y 2.
 - Hipertensión crónica³⁵.

- Con dos factores de riesgo moderado, o un factor de riesgo alto iniciar ácido acetil salicílico 1 mg/Kg de peso, o 75 a 100 mg/día (81 mg³⁹), desde las 12 semanas hasta el parto³⁵.
- En todas las mujeres embarazadas³⁵ iniciar de 1.5 a 2 g/día de calcio, desde las 12 semanas hasta el parto³⁰.

Elaborado por: Autores de la GPC

Adaptado de: United States Agency International Development. Guía de intervenciones basada en evidencias que reducen morbilidad perinatal y neonatal. Managua; 2014.



Universidad de la República
Uruguay



CAMBIANDO
EL MUNDO,
RÁPIDO



Gracias